

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

N°

THÈSE

184

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et Soutenue le Jeudi, 24 Février 1910, à 1 heure

Par N. ANGELI

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement Mercuriel Intensif

et de ses Résultats dans la Paralysie générale

Président : M. RAYMOND, professeur.

*Juges { MM. DEBOVE, professeur,
JEANSELME, CLAUDE, agrégés.*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, et Rue Monsieur-le-Prince, 12

1910

184

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

481



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et Soutenue le Jeudi, 24 Février 1910, à 1 heure

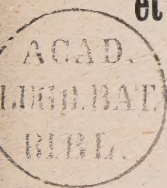
Par **N. ANGELI**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement Mercuriel Intensif

et de ses Résultats dans la Paralysie générale



Président : M. RAYMOND, professeur.

Juges { MM. DEBOVE, professeur,
JEANSELME, CLAUDE, agrégés.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, et Rue Monsieur-le-Prince, 12

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	PIERREDELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD
	BAR
	RIBEMONT-DES-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

A MES MAITRES

LES DOCTEURS ARNAUD ET VIGNAUD

MÉDECINS DE LA MAISON DE SANTÉ DE VANVES

Faible témoignage de notre reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

La découverte de la paralysie générale constitue avec raison, suivant l'expression de Baillarger (1), le plus grand progrès que l'on puisse signaler dans l'histoire des maladies mentales. Si cette affection est restée presque telle, que Bayle l'avait décrite en 1822, il faut cependant admettre, que son histoire a parcouru bien des phases successives.

L'une de ces phases, non la moins importante, fera l'objet de cette modeste contribution à l'étude de la *maladie*, nous voulons parler de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale et du traitement mercuriel, d'origine assez récente, qui a pris naissance secondairement aux progrès de cette doctrine étiologique.

La pratique du traitement a été tentée par de nombreux cliniciens. Nous apportons un certain nombre d'observations; nous les avons recueillies au cours de notre internat à la Maison de Santé de Vanves, et nous devons à

(1) *Annales méd. psych.* 1839 p. 509.

l'obligeance de nos maîtres, les docteurs Arnaud et Vignaud, de pouvoir les reproduire ici.

Nous diviserons notre travail en sept parties.

Nous ferons un historique assez rapide de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale et du traitement mercuriel.

Nous décrirons ensuite brièvement la technique employée dans l'application de ce traitement.

Nous montrerons l'inefficacité de ce traitement et son innocuité à la condition d'être bien surveillé.

Et enfin, après un aperçu des cas où l'on peut encore, malgré les insuccès de la méthode, tenter le traitement mercuriel, viendront nos observations cliniques et nos conclusions.

ÉTIOLOGIE SYPHILITIQUE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET HISTORIQUE DU TRAITEMENT MERCURIEL.

1° L'histoire des causes, disait Calmeil, (1) dans une maladie quelconque, est beaucoup plus obscure qu'on ne s'imagine communément. Poursuivant la même idée, Christian et Ritti, dans leur article Paralyse générale (2), n'hésitaient pas à dire: « l'étiologie de la paralyse générale est encore le chapitre le plus obscur de son histoire ».

La fréquence de la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux ne semble pas avoir frappé les observateurs jusqu'en 1857. Ce furent Essmarch et Jessen (3) qui, les premiers à cette époque, signalèrent que la paralyse générale reconnaissait toujours une origine syphilitique.

(1) Calmeil, De la paralyse gén. considérée chez les aliénés 1826.

(2) Christian et Ritti, Dic. encyclop.

(3) Ally, Zeitsch, Psychiät. 1857.

A la suite de cette importante déclaration, de nombreux travaux parurent en Allemagne, en Belgique, en Angleterre etc., sur cette question qui ne devait être reprise en France que vers 1875. C'est en effet, après les travaux de Fournier, que cette doctrine s'établit avec autorité.

Dans son ouvrage, sur la syphilis cérébrale (1), publié en 1879, on observe, dit-il :

« 1° Des lésions syphilitiques plus ou moins diffuses du cerveau, susceptibles cliniquement de donner naissance à un complexe symptomatique, plus ou moins identique à la paralysie générale.

2° La paralysie générale vraie, qui peut se rencontrer chez des syphilitiques, mais en dehors de l'action de la vérole.

Aux faits du premier groupe, les seuls qui lui paraissent à cette époque ressortir à la syphilis, Fournier donna le nom de *pseudo-paralysie générale syphilitique*.

Combien il serait long de passer en revue toutes les communications, les discussions et recherches, auxquelles donna lieu cette question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale !

En Allemagne, les savants furent presque unanimes à reconnaître l'extrême fréquence de la syphilis dans les antécédents du paralytique général ; mais, ils rejetèrent la conception d'une pseudo-paralysie générale, telle que Fournier venait de la décrire.

Mendel (2) se fit l'apôtre des idées d'Essmarch et Jes-

(1) Fournier, Syphilis cérébrale 1879.

(2) Mendel, Dic. paralysie progressive par Jessen, 1880.

sen. En 1880, Kjelberg, le savant professeur de l'Université d'Upsal, vint à la clinique Sainte-Anne, à Paris, soutenir ses idées sur l'origine exclusivement syphilitique de la paralysie générale. Non seulement, il ne put réussir à faire partager sa conviction, mais il n'excita même pas la curiosité des chercheurs.

Cette origine syphilitique de la paralysie générale fut surtout soutenue par Erb en Allemagne, et par Régis en France. Ce dernier, en 1888, dans un travail remarquable (1), abandonnant ses idées premières, produisit une statistique comprenant 88 0/0 de syphilitiques.

A cette même époque, l'Académie de Médecine mit au concours l'intéressante question *des rapports de la paralysie générale et de la syphilis*, qui nous valut l'important travail de Morel-Lavallée et de Belières (2), l'un aliéniste et l'autre syphiligraphe. Malgré la contradiction des statistiques qui leur furent soumises, Morel-Lavallée et Belières se déclarèrent partisans de la fréquence étiologique de la syphilis dans la paralysie générale.

La question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale fut posée à nouveau au Congrès de Paris, en 1889, et les aliénistes français se montrèrent peu disposés à reconnaître l'origine syphilitique de la paralysie générale. Pour un grand nombre de cliniciens en effet, conformément à l'opinion de Charcot, la paralysie générale appartiendrait à la famille névropathique (Féré) et y occuperait même un rang prépondérant. La tare nerveuse héréditaire serait l'agent indispensable du dévelop-

(1) Gaz. Med. juin 1888.

(2) Syph. et P. G.

pement de la maladie, et les autres causes invoquées, la syphilis notamment, n'interviendraient qu'à titre occasionnel.

Malgré ces contradictions, l'idée faisait son chemin. Des statistiques, aussi concluantes que celle de Régis, se multipliaient, et Fournier reprenant la question en 1893 se déclara parfaitement convaincu de la réalité de la relation de cause à effet, qui unit la syphilis à la paralysie générale vraie. Il réunit 1.000 observations et trouva la syphilis dans les antécédents de 926 malades. La syphilis est donc de beaucoup, pour lui, la cause la plus fréquente, et la paralysie générale une affection parasyphilitique.

Ballet admet cette étiologie syphilitique de la paralysie générale, comme il l'admet pour le tabès; pour lui tout concorde à le prouver :

1° Les statistiques quand elles sont bien faites.

2° L'étude étiologique des cas de paralysie féminine et juvénile.

3° Les expériences d'inoculation communiquées au Congrès de Moscou par Krafft-Ebing.

Arnaud (1) dit qu'à la Maison de Santé de Vanves, c'est une véritable surprise, une anomalie, d'ailleurs très exceptionnelle, que de ne pas trouver la syphilis dans les antécédents des paralytiques.

Enfin, à une séance de la société du neurologie (2), l'étiologie syphilitique de la paralysie générale fut de nouveau le sujet d'une longue discussion. Raymond, Brissaud,

(1) Société Méd. psych. 1893.

(2) Soc. de Neur. Mars 1902.

Babinski, Dupré sont convaincus de l'origine syphilitique de la paralysie générale et nous nous faisons un plaisir de rappeler la boutade du professeur Brissaud : « les neurologistes sont à ce point de vue plus légitimistes que le roi ; car tandis que les syphiligraphes admettent une proportion de 80 pour 100 des cas, pour nous la proportion serait de 100 pour 100 ».

Suivant l'heureuse expression de Krafft-Ebing, nous pouvons donc dire que la formule étiologique de la paralysie générale se résume en ces deux mots : *civilisation*, *syphilisation*.

Nous n'avons pas à exposer ici plus longuement le détail historique et statistique de l'évolution des idées, qui s'est accomplie sur la question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale. Nous nous permettrons cependant en terminant cet aperçu rapide de dire, que la presque totalité des paralytiques généraux, qui feront l'objet de nos observations, avaient des antécédents spécifiques certains.

2° Le rôle prépondérant, sinon exclusif, prêté par la majorité des cliniciens à la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale, devait évidemment exercer une influence dans la thérapeutique de cette maladie.

Depuis longtemps déjà, on traitait les paralytiques généraux par des frictions mercurielles, des injections de calomel ou d'autres sels de mercure, à faibles doses, et cela sans avoir jamais obtenu aucun succès. De plus, cette opinion que la paralysie générale serait plus fréquente chez des sujets, qui ont insuffisamment traité une syphilis ancienne et bénigne, devait conduire à l'idée d'un trai-

tement intensif et prolongé de l'infection syphilitique. Il était rationnel de chercher, si par un traitement approprié, on pouvait sinon guérir, du moins enrayer la marche d'une maladie, considérée comme incurable.

Au mois d'avril 1902, au Congrès de Médecine française de Toulouse, plusieurs communications furent faites, tendant à démontrer que la paralysie générale était plus sensible qu'on ne le croyait au traitement mercuriel, mais à la condition qu'il fût intensif. Puis, à la suite de la discussion que souleva cette question, G. Ballet demanda qu'on ne se contentât pas d'énoncer les résultats, mais que chacun apportât des observations, aussi complètes que possible, pour permettre de juger les conditions où le traitement avait agi.

Des praticiens publièrent des cas de paralysie générale, d'origine syphilitique, qui vigoureusement traités dès le début d'une évolution rapide, par un traitement mercuriel intensif, avaient été enrayerés et même guéris.

En résumé, sous l'influence de cette théorie étiologique de la paralysie générale, le traitement mercuriel fut à l'ordre du jour, dans les journaux, les discussions des sociétés savantes, et il était du devoir de tout médecin de ne pas condamner la méthode ou de ne pas la glorifier, sans en avoir fait lui-même une application sérieuse.

C'est dans ces conditions, que le traitement mercuriel fut appliqué à la Maison de Santé de Vanves, chez tous les paralytiques d'une façon systématique.

TECHNIQUE DU TRAITEMENT

INJECTIONS MERCURIELLES DE SELS

SOLUBLES ET INSOLUBLES

Le traitement mercuriel dans la paralysie générale a été appliqué sous ces diverses formes: frictions, ingestions, injections intramusculaires de sels solubles et insolubles, injections intraveineuses, voire même injections intrarachidiennes combinées de mercure et d'iodure de potassium, faites par la voie lombaire.

La friction constitue une médication inconmode et mal-propre, dont l'action est inégale. On ne sait jamais en effet, par ce moyen, la quantité de mercure absorbé, et de l'avis des cliniciens, elle est plus que toute autre méthode une cause de stomatite ou d'érythème.

L'ingestion est une méthode aveugle pouvant être la cause de troubles gastro-intestinaux, ou sans grande utilité, parce que les pilules administrées ne font souvent que traverser l'intestin et sont rendues intactes.

Nous n'avons jamais eu recours aux injections, soit intraveineuses, soit intrarachidiennes; elles auraient d'ail-

leurs présenté les plus grandes difficultés d'application, chez la plupart de nos malades.

Nous n'avons donc point expérimenté un grand nombre de préparations, et notre traitement a pour ainsi dire été toujours le même: injections intramusculaires de sels mercuriels, soit solubles, soit insolubles.

Cette méthode des injections fut considérée à son début, vers 1864, comme une médication aveugle, capable de produire les accidents les plus graves d'intoxication. Elle finit cependant par s'imposer, grâce surtout aux recherches de Scarenzio de Pavie, sur les indications de son emploi, les détails de sa technique, le mode d'action du mercure et les résultats thérapeutiques. Les publications devinrent, par la suite, nombreuses; on essaya successivement les sels solubles et insolubles, chacun proclamant son traitement le meilleur, malgré cette opinion fort justifiée, du professeur Fournier: « *Toutes les injections ne peuvent être à la fois la meilleure* ». Parmi les sels de mercure, on finit par adopter quelques-uns d'entre eux, reconnus d'une supériorité incontestable.

Ce mode de traitement, qui rallia bien vite tous les esprits, s'imposait d'ailleurs en face de la nécessité, où l'on se trouvait, d'agir vite et efficacement dans les accidents graves des centres nerveux: *tabès et paralysie générale*.

Nous n'avons jamais associé au traitement mercuriel, sauf en de rares cas, l'iode de potassium qui, de l'avis de nombreux cliniciens, détermine souvent des accidents congestifs.

Les injections mercurielles intramusculaires présentent des avantages très nombreux, avantages pratiques et mé-

dicaux, et nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici l'opinion de Fournier. Dans son ouvrage sur le traitement de la syphilis, le professeur Fournier affirme que la méthode hypodermique réalise un mode puissant de mercurialisation, et fournit, à ce titre, un recours énergique contre la plupart des manifestations de la syphilis. Elle constitue un mode de traitement tout particulièrement efficace, susceptible même de déterminer des effets curatifs, obtenus plus difficilement et plus lentement avec d'autres méthodes. Enfin, pour un petit groupe de cas spéciaux, elle atteint une intensité curative, qui l'élève au rang d'un traitement de choix, d'un traitement d'élection.

Cette méthode épargne le tube digestif et laisse toute facilité pour alimenter le malade. Le dosage du mercure est exact, l'absorption en est rapide, puisque le médicament pénètre immédiatement dans le torrent circulatoire.

Ce mode de traitement s'imposait donc, à cause de sa valeur thérapeutique, de sa rapidité d'action et, comme nous le verrons plus loin, de son innocuité. « C'est, dit Lévy-Bing (1), la méthode de mercurialisation par excellence. » Elle convient à tous les accidents et est adoptée aujourd'hui dans les hôpitaux spéciaux, en France comme à l'étranger; elle constitue à l'heure actuelle, le mode de mercurialisation le plus énergique, le plus pratique et le plus rapide pour combattre le virus syphilitique.

Préparations solubles. — Nous avons successivement employé, chez la plupart de nos malades, les sels solubles

(1) Lévy-Bing, thèse Paris 1902.

et les sels insolubles. Les préparations solubles permettent de faire des injections fréquentes, à doses fractionnées; avec les préparations insolubles, on fait au contraire des injections rares et massives. Avec les préparations solubles, on introduit donc dans l'organisme des doses de mercure homogène et fractionné qui sont absorbées et éliminées rapidement; d'où le grand avantage de pouvoir surveiller les effets de la médication, et de la suspendre facilement, s'il y a menace d'intoxication. Elles sont presque sans danger pour les albuminuriques et conviennent parfaitement aux dyspeptiques; enfin, les phénomènes inflammatoires sont exceptionnels, et la douleur bien moindre qu'avec les injections insolubles. Mais, en revanche, elles paraissent insuffisantes pour les cas sérieux.

Nous n'avons eu recours qu'à l'emploi de trois sels. *Au benzoate de mercure*, très rarement; il serait d'ailleurs peu actif, même à dose élevée. *A l'hermophénil*, dans deux cas seulement; il doit être employé, pour être efficace, à très fortes doses. *Au biiodure de mercure* enfin, qui eut toutes nos préférences.

Le biiodure fut d'abord employé en solution huileuse par Panas et Dieulafoy, à la faible dose de 4 milligr. par c.c. et les malades le trouvaient très douloureux. On a eu recours depuis à des solutions aqueuses de biiodure et, par suite de l'insuffisante solubilité de ce sel dans l'eau, on l'additionna d'un poids égal d'iodure de sodium; ceci permit de le donner à des doses plus considérables. On put, de la sorte, pratiquer des injections intramusculaires avec des solutions plus concentrées, à 4 et 5 centigr. de biiodure par c.c. et par jour.

Administrées de cette façon, les injections ne provoquent ni stomatite, ni diarrhée, ni aucun symptôme d'intolérance; elles sont peu douloureuses et ne causent jamais de réaction inflammatoire. Elles donnent lieu, seulement et parfois, à de petites nodosités, surtout si les aiguilles employées ne sont pas suffisamment longues.

En résumé, nous avons eu recours au biiodure, parce que de tous les sels de mercure, il nous a paru le meilleur et présentait le moins d'inconvénients; et nous avons employé le biiodure aqueux, à raison de 2 centigr. par c.c., le préférant au biiodure huileux, en raison de sa parfaite tolérance et de son maniement facile.

Préparations insolubles. — Ce mode de traitement, qui consiste à administrer aux malades des injections rares et massives, contrairement aux injections solubles, qui se pratiquent quotidiennement et à faibles doses, a conquis de nos jours une place prépondérante dans la syphilis des centres nerveux surtout. Nous l'avons bien vite adopté pour nos paralytiques généraux; il nous a permis l'introduction en plein tissu musculaire, et à intervalles plus ou moins éloignés, d'un sel mercuriel insoluble, qui se résorbe lentement, mais est toujours absorbé. Il présentait pour nous, en plus des résultats thérapeutiques meilleurs qu'on lui attribuait, le grand avantage de la rareté des injections chez des malades, souvent indociles et malpropres.

De tous les sels insolubles, nous n'avons employé que l'huile grise.

L'huile grise est une préparation mercurielle, dans laquelle le mercure est à l'état de division parfaite, et tenu en suspension dans un corps gras liquide. Introduite dans

la thérapeutique, en 1887, par Lang de Vienne, elle eut bientôt de nombreux partisans. Ce furent Neisser, Balzer, Barthélémy, Jullien. Thibierge, qui modifièrent successivement les formules indiquées par Lang, l'une à 50 0/0 et l'autre à 30 0/0 de mercure. Puis Hartung, Bender employèrent des doses plus fortes; mais on revint bien vite aux doses faibles, après la publication de cas mortels d'intoxication, tels ceux de Kaposi et Hallopeau.

En 1902, Fournier rendait pleine justice à ce médicament, en disant dans une de ses leçons: « *L'huile grise est une préparation qui peut être considérée, dès à présent, comme un bon remède, un remède d'action sûre. Bien positivement, après le calomel c'est ce que nous avons de mieux...* » Mais il était loin de prévoir son succès et la vogue que, de nos jours, l'huile grise devait prendre.

Depuis Lang, l'huile grise a changé bien souvent de formule, à tel point que l'on pourrait dire: *autant de pharmacies, autant d'huiles grises*. De là, une source continuelle d'erreurs, qui pouvaient avoir les conséquences les plus regrettables.

Tout récemment, 16 juillet 1909, dans une communication faite à la Société médicale des Hôpitaux, M. Queyrat n'hésite pas à affirmer qu'il résulte de l'avis de tous ceux qui se sont donnés la peine d'étudier personnellement le traitement des syphilitiques, que la thérapeutique la meilleure, la plus pratique consiste dans l'injection méthodique des sels insolubles de mercure (huile grise ou calomel). En ce qui concerne l'huile grise, on l'améliore chaque jour, de façon à rendre sa composition plus homogène, plus parfaite, son administration plus efficace, et à

diminuer ses aléas. « Un des premiers perfectionnements, dit-il, est celui que j'ai proposé, il y a deux ans, dans cette Société: il consiste à employer une huile grise qui ne soit ni trop fluide, ce qui nuit à l'homogénéité de la préparation, ni trop compacte, ce qui oblige le médecin à chauffer l'huile au bain-marie, d'où précipitation du mercure dans les parties inférieures, qui deviennent surchargées. »

La Société de dermato-syphiligraphie française, pour mettre fin à cet état de choses, a eu le grand mérite de constituer, ces derniers temps, une formule officielle d'huile grise qui, agréée par la Société de pharmacie, puis adoptée par la Commission du Codex, y fut inscrite. Cette formule est la suivante:

Mercure purifié: 40 gr.;

Graisse de laine stérilisée: 26 gr.;

Huile de vaseline médicinale stérilisée q. s. p.: 100 c.c.

Cette huile contient exactement 40 centig. de mercure par centimètre cube, et non plus 50 centigr. comme l'ancienne huile grise, dite cependant à 40 0/0.

Sans donner l'opinion de nombreux syphiligraphes à l'égard de l'huile grise, nous dirons cependant avec le docteur Lerredde, que l'huile grise est considérée aujourd'hui comme un excellent agent de traitement de la syphilis à toutes ses périodes, et que c'est elle que l'on préfère pour une médication mercurielle intensive (accidents tertiaires: tabès, paralysie générale).

Technique. — Nous avons toujours employé une huile grise à 40 0/0, qui nous a été livrée par le même pharmacien, en petits flacons stérilisés d'environ 4 c.c. Nous n'avons jamais eu l'habitude, comme certains, de noter par

gouttes la quantité d'huile injectée, car le nombre de gouttes au centimètre cube est variable suivant la formule adoptée pour la préparation, la température à laquelle on opère, le calibre de l'aiguille, etc. Nous avons compté par divisions de la seringue de Luër ou de Barthélémy; cette dernière présente 15 divisions, dont chacune correspond exactement à *un centigramme* de mercure métallique.

Mode opératoire. — Après une antisepsie parfaite de la région et de la seringue, on enfonce d'un coup rapide l'aiguille, presque perpendiculairement et *en plein muscle*, à une profondeur d'environ *cinq à six centimètres*; s'il ne sort pas de sang par le pavillon de l'aiguille, on adapte la seringue préalablement chargée et on pousse l'huile lentement, de façon à ne pas laisser filtrer une seule goutte dans le trajet de l'aiguille. Les nodosités seraient dues, en effet, à la présence de l'huile en dehors des masses musculaires. Puis on a soin de retirer l'aiguille d'un mouvement brusque, de manière à ne pas laisser fuser le mercure le long du trajet de la piqûre. Nous nous sommes servi d'aiguilles en platine iridié ou en acier, d'au moins cinq centimètres.

Il n'est pas inutile de faire l'essai des aiguilles pour injections mercurielles insolubles; car, comme le disait Lafay dans un article récent paru dans la Clinique, 23 avril 1909: « L'aiguille ne doit présenter dans toute sa longueur ni fissures, ni pertuis latéraux, par lesquels le liquide, venant à s'écouler partiellement, produirait ainsi l'injection sous-cutanée, que l'on doit éviter avec soin, si l'on veut se mettre à l'abri des nodosités, des empâtements,

des abcès et conséquemment de la douleur ». Il importe donc d'examiner, avant tout usage, chaque aiguille neuve, et à plus forte raison celles ayant déjà servi.

Lieu d'élection des injections. — Nous avons fait nos injections en plein tissu musculaire, et très profondément dans la région fessière, aux points d'élection habituels, points de Smirnoff, de Galliot, de Fournier ou de Barthélemy. Comme on le voit, presque toute la région fessière peut être utilisée, à l'exception des points correspondant au trajet des vaisseaux et du nerf sciatique. Nous avons cependant évité la partie inférieure de la fesse, sur laquelle s'assied le malade, pour ne pas le soumettre à un léger traumatisme continu. Enfin, nous avons eu le soin de piquer alternativement dans l'une ou l'autre fesse, et d'espacer les piqûres faites sur la même fesse, pour ne pas tomber sur un ancien foyer. En pratiquant de cette façon, nous avons évité de léser le nerf sciatique ou les vaisseaux.

Fréquence et doses des injections. — Nous avons fait nos injections par séries, en commençant tout d'abord par une injection hebdomadaire de 4 divisions de la seringue de Luër, pour arriver assez rapidement à injecter, tous les 4 jours, 4 ou 5 divisions de la seringue, ce qui correspond à environ 10 ou 13 centigrammes de mercure. La dose injectée variait, en effet, suivant les sujets. Car, comme le dit Duhot, en triant ses malades, c'est-à-dire en excluant les tuberculeux, les débiles, les sujets à foie ou reins insuffisants, et surtout à dentition défectueuse, on peut faire des séries d'injections à 14 centigr. sans déterminer le moindre trouble morbide. Mais ce traitement exi-

ge du médecin un examen attentif et une surveillance toujours en éveil, afin d'arrêter la cure à la moindre alerte.

Ces injections ne sont pas très douloureuses; elles réagissent rarement sur la bouche et presque jamais sur l'intestin.

Mais, contrairement à l'opinion des cliniciens, nous sommes obligés de reconnaître que les « nodi » sont assez fréquents. Nous n'avons constaté qu'un seul cas où ces injections aient abouti à un abcès: il s'agissait d'un malade traité avant son entrée à la Maison de santé.

En résumé, comme le dit Fournier dans son *Traité de la syphilis*, les injections d'huile grise présentent des avantages appréciables:

1° Elles constituent une médication énergique destinée à rendre les plus grands services au traitement de la syphilis, et elles trouvent leur indication rationnelle et légitime, à une époque plus avancée de la maladie, à cette époque périlleuse où les deux fléaux de la syphilis, tabès et paralysie générale, ont leurs invasions les plus habituelles.

2° Elles sont habituellement de tolérance facile.

3° Elles n'exposent qu'à des accidents, en général peu sérieux.

4° Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles ont pu déterminer des accidents graves, susceptibles d'aboutir à la mort.

INEFFICACITÉ DU TRAITEMENT

Les cas de guérison rapportés par les auteurs ne sont souvent qu'apparents et s'expliquent, comme le dit Dagonet dans son *Traité des maladies mentales*, soit par les rémissions si remarquables de cette maladie, soit dans quelques circonstances par une erreur de diagnostic. Krœpelin lui-même, dans son *Traité de psychiâtrie*, 1899, insiste sur l'extrême rareté des cas de guérison et la longueur de certaines rémissions; pour lui, les cas de guérison peuvent provenir des faits de lésions cérébrales diffuses chroniques, fort difficiles à distinguer cliniquement des formes démentielles de la paralysie générale.

Malgré l'opinion de ces cliniciens, la méthode du traitement mercuriel de la paralysie générale suscita bien vite les plus vives espérances, et les premiers résultats publiés furent encourageants.

A. Mairet, dans son article *Traitement de la paralysie générale* (1) croit à la curabilité de la maladie; il cite des

(1) *Traité de thérapeutique* de A. Robin 1898.

exemples de rémission illimitée (six, dix ans), et il admet parfaitement l'influence de la médication sur le processus de guérison.

Au Congrès de médecine de Toulouse (avril 1902), plusieurs communications furent faites tendant à démontrer, comme nous l'avons déjà dit, les bons résultats du traitement mercuriel à la condition qu'il fût intensif, et l'on publia des cas de paralysie générale d'origine syphilitique qui, vigoureusement traités, pouvaient être enrayés et même guéris.

M. Leredde, après avoir déclaré mauvais le terme de parasyphilis du professeur Fournier, affirme que le tabès et la paralysie générale sont curables par le traitement mercuriel à condition :

1° qu'il soit fait de bonne heure;

2° qu'il soit intensif.

Telle est aussi l'opinion de MM. Cassaët et Lemoine, l'un professeur à la Faculté de Bordeaux, et l'autre professeur à la Faculté de Lille. Le premier cite deux cas : l'un d'amélioration sensible, l'autre de guérison complète; le second a obtenu trois guérisons de paralysie générale en administrant 3 à 4 centigr. de benzoate de mercure par jour.

Dans la revue neurologique du 30 juillet 1902, M. Lemoine publia les résultats obtenus par le traitement mercuriel intensif appliqué chez six malades atteints de paralysie générale. Il dit avoir obtenu une amélioration très nette et dans deux autres cas, une interruption de la marche de la maladie avec une rétrocession de quelques-uns des symptômes.

Il ajoute, par contre, qu'il traite un certain nombre d'autres paralytiques généraux par la même méthode, sans obtenir chez eux la moindre amélioration. Pour lui, les chances de succès seraient d'autant plus grandes, que l'on aurait à faire à des malades plus jeunes.

Dans sa thèse (Lyon 1902), Aubert rapporte six observations de malades améliorés par le traitement.

A la Société des Sciences médicales de Lyon (19 février 1902), M. Devay s'élève contre la conception des affections dites parasymphilitiques, qui aboutit à une sorte de négation en thérapeutique. Pour lui, le traitement doit être appliqué d'une façon plus intensive qu'on ne le fait habituellement. Et quelques mois plus tard, au Congrès de Grenoble (août 1902), il déclare qu'il a soumis à la médication mercurielle, depuis 1896, 90 paralytiques généraux: dans 21 cas, il aurait obtenu une modification favorable, amélioration ou rémission. Il en conclut que tout paralytique général doit être soumis au traitement mercuriel mixte.

Dans le *Lyon Médical* des 15 et 21 février 1903, Devay apporte de nouveaux faits en faveur de l'influence de la médication spécifique sur la marche de la paralysie générale. Sur 42 malades traités à l'Asile Saint-Jean-de-Dieu, il retient 23 cas qui furent modifiés et améliorés.

A la Société médico-psychologique (27 octobre 1902), Marchand, médecin de l'Asile de Charenton, fit une communication sur le traitement de la paralysie générale par les injections intrarachidiennes de biiodure de mercure et d'iode de potassium; aucun accident à la suite de ces injections, renouvelées tous les huit jours, et sur 7 mala-

des qui ont suivi ce traitement pendant 3 mois, 4 ont été améliorés.

Pour M. Dupré (1), « le traitement mercuriel intensif et prolongé doit être appliqué seulement au cas où certains arguments étiologiques (syphilis récente) ou cliniques (symptômes révélateurs des lésions en foyer, céphalée, troubles médullaires concomitants) autorisent à soupçonner la nature syphilitique de tout ou partie du syndrome observé. La moindre hésitation diagnostique impose le devoir du traitement d'épreuve; celui-ci, d'ailleurs, constitue un appoint précieux du diagnostic. S'il réussit pleinement, on a guéri des lésions syphilitiques diffuses de l'encéphale; s'il réussit partiellement, on a traité une association de lésions spécifiques en activité et de lésions communes irréparables. S'il échoue, on est en face d'une paralysie générale pure sans association spécifique concomitante.

A la Société de Neurologie (15 mai 1902), Leredde fait une communication sur la nature syphilitique de la P. G. et sur son traitement mercuriel. Babiniski lui fait remarquer qu'il n'apportait aucun fait probant à l'appui de son opinion; il pense que le mercure peut, dans une certaine mesure, arrêter l'évolution de cette affection, mais quant à pouvoir obtenir une véritable guérison, il ne le croit pas.

En 1903, M. Leredde fait paraître son livre: *La nature syphilitique et la curabilité du tabes et de la paralysie générale*.

De l'aveu même de l'auteur, ce travail a un grave in-

(1) Traité de pathologie mentale G. Ballet 1903.

convénient: « il consiste en une dissertation théorique et sort, par suite, du ton habituel des travaux de médecine ». Après une longue discussion sur le mot « parasyphilis » employé par M. le professeur Fournier, et après lui avoir refusé droit de cité, M. Leredde donne le résumé des observations de MM. Lemoine, Aubert et Cassaët, qui, toutes, portent sur des cas de paralysie générale guérie par le traitement mercuriel intensif. Il formule ainsi ses conclusions:

« Les affections qu'on désigne, en 1902, sous le nom de tabes et de paralysie générale sont, chez des syphilitiques, curables par le traitement mercuriel intensif. »

Cette vérité a été méconnue:

1^o Parce que le traitement mercuriel n'a pas été fait, dans ces maladies, d'une façon régulière et au moyen de doses de mercure suffisantes.

2^o Parce que, comme toutes les autres lésions du système nerveux, les lésions syphilitiques du tabes et de la paralysie générale entraînent des lésions secondaires et que des symptômes, d'abord curables, deviennent ensuite des symptômes définitifs. Plus le processus est ancien, plus on observera, toutes choses égales d'ailleurs, des symptômes de cet ordre.

Après les réserves formulées par Déjerine, Marie, Joffroy, Ballet, etc., à la suite des observations de Leredde, Lemoine, Devay et autres cliniciens, Dupré, donnant son impression personnelle sur le traitement mercuriel de la paralysie générale, affirme qu'il n'en a jamais vu le bénéfice.

Au Congrès de Médecine de Paris, octobre 1904, la ques-

tion fut de nouveau reprise et discutée. Pour Lannois, de Lyon, les injections mercurielles, pas plus que tout autre mode de mercurialisation, n'ont de valeur thérapeutique dans certaines affections syphilitiques ou parasymphilitiques du système nerveux. Mais Leredde estime qu'il convient tout d'abord de s'entendre sur la signification du terme guérison. Sans doute, il ne prétend pas que les injections mercurielles puissent amener une *restitutio ad integrum* des parties du système nerveux, qui ont subi une dégénérescence; mais si par guérison on entend tout simplement l'arrêt de l'évolution du processus morbide, il croit pouvoir affirmer que ces affections sont parfaitement curables par le mercure.

M. le professeur Fournier déclare qu'il n'a jamais observé de guérison de paralysie générale, bien qu'il ait injecté jusqu'à 10 centigr. de calomel ou d'huile grise, une ou deux fois par semaine.

M. Brissaud tient à confirmer les observations de M. Fournier relatives à l'inefficacité des injections mercurielles dans la paralysie générale. Il a injecté jusqu'à 13 centigr. de benzoate de mercure par jour, sans jamais obtenir le moindre succès dans les cas de paralysie générale confirmée. Pour lui, les guérisons que l'on a constatées s'expliquent tout simplement par des erreurs de diagnostic, car rien n'est plus difficile que de reconnaître une paralysie générale au début.

Stanziale (*Annali di neurologia*- 1904), rapporte une statistique de 100 cas de paralysie générale progressive: 87 fois, on trouve la syphilis dans les anamnétiques, dans 70 cas la syphilis était manifeste, dans 17 on trouvait des

signes douteux. Sur les 70 cas où la syphilis était évidente, elle était 32 fois l'unique facteur étiologique et 38 fois associée à d'autres causes. Le traitement mercuriel intensif fut institué dans 8 cas, où la syphilis était manifeste et la paralysie générale peu avancée; il ne s'en suivit aucune modification dans le cours de la maladie.

Raymond et Sérieux, dans leur article Paralysie générale (1), disent que la médication mercurielle est funeste aux paralytiques, à moins que certains symptômes n'annoncent positivement des accidents syphilitiques en activité.

Doutrebente et Marchand, médecins de l'asile de Blois, communiquent à la Société médico-psychologique (2), (31 octobre 1904), une observation de paralysie générale avec pachy-méningite gommeuse. Leur malade fut soumis pendant quelques mois à un traitement mercuriel intensif mixte (sirop de Gibert et iodure de potassium). Ce traitement fut impuissant à enrayer non seulement la marche de la paralysie générale, mais même celle des lésions gommeuses.

Georges Vernet, dans son article Chronique (3), à propos de la discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine, s'exprime ainsi :

« Pour le présent, nous sommes obligé de reconnaître que le mercure, cet agent si précieux qui fait merveille contre les manifestations usuelles de la syphilis, persiste même administré *larga manu*, à se montrer d'une lamen-

(1) Traité de médecine, Brouardel et Gilbert, 1902.

(2) Annales méd. psych. Tomq I, 1905.

(3) Annales médico-psych. juillet-août 1905.

table inefficacité contre la paralysie générale confirmée. »

Sur ce point, l'accord à l'Académie de médecine fut unanime dès le principe. Fournier ne souleva pas la moindre contestation, quand il vint proclamer solennellement *la faillite complète* du traitement mercuriel curatif. Mais l'aveu était bon à enregistrer. Joffroy, on le pense bien, n'y faillit pas, comme aussi d'en tirer l'argument d'usage en faveur de ses idées: « Le traitement syphilitique n'ayant aucune action sur la paralysie générale, la paralysie générale n'est pas syphilitique. »

Ballet et de Fursac (1), dans leur article Paralysie générale, disent qu'on est obligé de reconnaître que, dans l'immense majorité des cas, le traitement mercuriel demeure sans effet.

Régis, dans son Précis de psychiâtre, 1906, dit qu'il n'a jamais obtenu que des rémissions plus ou moins durables et toujours incomplètes; tout en se montrant réservé vis-à-vis de l'efficacité du traitement antisypilitique dans la paralysie générale et prudent dans son application, on peut, d'après lui, y avoir recours dans les cas et aux phases où il a le plus de chances de donner le maximum de résultats. Telle serait la meilleure conduite à tenir jusqu'au jour où l'on pourra être entièrement fixé sur la valeur de la médication.

Pour Rogues de Fursac (2), le traitement de la paralysie générale ne peut être que symptomatique. De l'aveu même des partisans de l'origine syphilitique, il n'exerce

1) Traité de médecine Boucharde et Brissand.

(2) Manuel de psych. Paris 1909

sur l'évolution de la maladie aucune influence favorable : quand les premiers symptômes de la paralysie générale éclatent, la syphilis a accompli son œuvre, et il est trop tard pour les combattre.

Telle est aussi l'opinion de Joffroy et Mignot ; et même, selon eux, l'administration des préparations hydrargyriques, ne fait que précipiter la marche de la méningo-encéphalite.

Enfin, tout récemment, Spillmann et Perrin (1), dans un article sur la fréquence des insuccès du traitement antisyphilitique chez les paralytiques généraux, rapportent que sur 30 cas de paralysie générale, traités par eux, 6 observations accusent une amélioration très légère ou l'atténuation d'un symptôme ; 2 autres malades, traités dès le début, ont eu des rémissions assez longues, mais rien n'a pu enrayer la reprise ultérieure des accidents. Force est donc de conclure à l'incertitude et à l'infidélité des résultats de la médication spécifique chez les paralytiques généraux.

Nous avons nous-même, comme on le verra par la lecture de nos observations, soumis nos paralytiques généraux, syphilitiques avérés, à un traitement mercuriel intensif et suffisamment prolongé, interrompu par des intervalles de repos, variables suivant l'état des malades. Selon les phénomènes observés après chaque injection, nous augmentions, nous diminuions, ou nous espacions les doses, car nous ne croyons pas qu'on puisse en bonne et saine clinique augmenter progressivement et régulièrement les

(1) Province médicale 25 déc. 1909.

dosés, sans tenir compte des effets produits; en agissant ainsi, on s'exposerait à des mécomptes et à des accidents.

Nous avons été loin d'obtenir des résultats encourageants. Sans parler de guérison, nous n'avons pas eu la bonne fortune de constater la moindre amélioration, car le fait intéressant serait de pouvoir affirmer qu'on a pu guérir ou améliorer un seul malade. L'observation clinique nous a démontré l'impuissance de la médication à modifier l'évolution de la maladie.

Sans aller jusqu'à dire que les aggravations sont plus nombreuses parmi les paralytiques généraux qui subissent un traitement que parmi ceux qui n'en subissent aucun, comme l'ont prétendu Belugon et Faure pour le tabes, nous nous garderons bien cependant d'attribuer à l'action du mercure les arrêts, les rémissions, observés chez deux de nos malades. Les moyens hygiéniques et diététiques, employés dans le traitement de la paralysie générale, nous ont parfois permis de constater, à ce point de vue comme aussi au point de vue de la durée, des résultats aussi satisfaisants.

Nous ne pouvons pas être également de l'avis de ceux qui prétendent que, chez les paralytiques généraux avec attaques apoplectiformes ou épileptiformes fréquentes, le traitement fait disparaître ces accidents et peut prolonger la durée de l'existence.

Nous sommes donc obligé de reconnaître que le mercure, comme tous les médicaments employés jusqu'à ce jour dans le traitement de la paralysie générale, répond à des indications symptomatiques, mais n'a jamais exercé un effet curatif. Si la méthode des injections donne

d'excellents résultats, quand il s'agit de lésions histologiques, modifiables et accessibles au mercure, elle reste sans effet sur les dégénérescences souvent initiales ou très précoces, ainsi que sur les lésions scléreuses consécutives.

Pour nous, nous aurions renoncé, depuis longtemps déjà, à la pratique du traitement mercuriel, n'ayant pas été encouragé dans nos tentatives. Mais, voyant autour de nous des médecins très compétents le conseiller encore dans certains cas, et en tenant compte des circonstances où le diagnostic d'avec la syphilis cérébrale est difficile à faire au début, il nous paraît prudent d'instituer chez le paralytique général un traitement mercuriel intensif; on le suspendrait assez vite, s'il ne donnait aucun résultat favorable.

INNOCU TÉ DU TRAITEMENT

La grande préoccupation du médecin qui administre le mercure est de ne pas infliger à ses malades les complications, souvent terribles, d'une pareille médication.

Cette idée n'a pas été sans exercer une certaine influence, sur nos hésitations du début à pratiquer un traitement intensif, chez nos malades, dont la surveillance est particulièrement difficile. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons procédé chez eux par doses progressivement croissantes, en employant, parmi les sels solubles et insolubles, ceux qui avaient paru jusqu'alors présenter, entre les mains des syphiligraphes, les moindres inconvénients et les moindres dangers; nous voulons parler des injections de biiodure de mercure ou d'huile grise.

Contrairement à l'opinion de ceux qui considèrent les injections d'huile grise, comme une méthode aveugle et incertaine, nous n'hésitons pas à affirmer que, parmi les préparations insolubles, l'huile grise est une des plus maniables. Nous donnerons, à ce sujet, un aperçu rapide des

accidents qu'elle peut occasionner, et de l'opinion des auteurs, en y ajoutant le résultat de nos observations.

Comme le calomel, l'huile grise peut déterminer des abcès, mais beaucoup plus rarement, et ils n'existent pour ainsi dire plus, depuis que la technique a été perfectionnée, à moins que l'on n'observe pas une asepsie rigoureuse, ou qu'on pratique des injections sous-cutanées au lieu de les faire intra-musculaires. L'un de nos malades, qui fait l'objet de l'observation (XVI), avait, au moment de son entrée à la Maison de Santé, un abcès occasionné par une injection d'huile grise faite, d'après les renseignements recueillis et fournis par le malade lui-même en état de rémission, dans des conditions particulièrement défavorables (injection faite en manœuvres, avec une seringue de Pravaz munie d'une petite aiguille, et asepsie fort incomplète).

Parmi les inconvénients du traitement mercuriel par l'huile grise, la stomatite est certainement le plus fréquent. Elle est due, de l'avis des maîtres les plus autorisés, à un mauvais état de la bouche et des dents ou à une grande négligence dans les soins hygiéniques. De là, la nécessité de ne jamais pratiquer de traitement, sans avoir fait au préalable un examen minutieux de la bouche du malade. Nous devons à la vérité de dire que presque tous nos malades avaient les dents en très mauvais état et qu'il était bien difficile et souvent impossible de leur donner les soins nécessaires. Pour assurer le bon état de la muqueuse buccale et empêcher la stomatite mercurielle de se produire, nous les obligions à se brosser les dents et à se la-

ver après chaque repas avec une solution de chlorate de potasse.

En cours de traitement, nous nous assurons, avant chaque injection, de l'état des gencives, et si elles paraissent légèrement tuméfiées, nous n'hésitions pas à remettre ou à espacer les injections. Ainsi, chez deux de nos malades qui avaient présenté une stomatite précoce bénigne, nous fûmes dans la nécessité d'interrompre la médication, puis dans l'obligation de la supprimer complètement. Et cela, non point à cause des accidents d'hydrargyrisme subaigu, car il ne s'agissait pas d'un de ces cas de stomatite survenant longtemps après et par conséquent plus grave, mais à cause du mauvais état général dans lequel ils se trouvaient déjà avant l'application du traitement.

C'est, à notre avis, la meilleure façon de supprimer et d'arrêter les accidents d'intoxication, s'ils viennent à se produire, car les accidents graves d'hydrargyrisme ne sont pas à craindre, quand on prend le maximum de précautions.

Nous n'avons jamais dû interrompre le traitement à cause de la douleur, qui est un des arguments invoqués contre la méthode des injections. Certains, en effet, ne se plaignaient jamais; d'autres accusaient une douleur passagère, et il nous est arrivé très rarement de voir les douleurs s'irradier dans le membre par suite de piquûre de filets nerveux. Jamais, nous n'avons observé d'accidents nerveux graves (sciatique, névrite, paralysie, etc.), et quant aux embolies, nous les avons évitées facilement en pratiquant nos injections en deux temps, c'est-à-dire, en véri-

fiant si l'aiguille n'avait pas pénétré dans un vaisseau avant l'introduction du liquide.

Mais, contrairement à beaucoup de praticiens, Lœvy-Bing notamment, qui avec l'huile grise n'a jamais eu d'abcès, de réaction inflammatoire, qui n'a jamais constaté un empâtement, un gonflement ou une tuméfaction quelconque de la fesse, nous avons observé assez souvent, dans les tissus, de petites nodosités de volume assez variable, quelquefois même des indurations plus étendues. Ces phénomènes inflammatoires ne nous ont jamais donné d'ennuis sérieux et ont toujours disparu spontanément, bien qu'on prétende que les nodules sont le danger, la cause efficiente par excellence de la stomatite.

Nous n'avons jamais négligé d'examiner les urines de nos malades avant de commencer le traitement, pour nous assurer de l'état de la perméabilité rénale, et savoir si les urines ne contenaient ni albumine ni sucre.

Le procès de l'huile grise a été néanmoins fait à diverses reprises. Les adversaires de la méthode n'ont pas manqué d'objecter que des cas mortels assez nombreux ont été publiés.

Le professeur Gaucher, à la Société médicale des hôpitaux (27 mars 1908), rapporte 8 cas de stomatite mercurielle, dont 6 se sont terminés par la mort. Revenant sur la même question à la séance du 8 juin 1909, il insiste à nouveau, à propos d'un autre cas de mort, le huitième de la série, sur les dangers d'un médicament qui, destiné à traiter une affection aussi étendue que la syphilis, ne peut-être placé dans toutes les mains, exige une instrumentation spéciale et semble devoir être manié unique-

ment par les spécialistes. Il n'y a donc aucun avantage à employer l'huile grise, qui n'est pas plus active qu'aucune autre préparation mercurielle et, pour lui, son emploi devra rester exclusivement limité à certains cas de syphilis grave, dans lesquels il faut agir vite et énergiquement.

Nous n'examinerons pas en détail toutes ces observations, mais nous ne sommes pas surpris des accidents produits parfois, par exemple dans les cas de Hallopeau et de Kaposi. Dans le cas rapporté par Hallopeau (bull. méd. 1888), il s'agissait d'une malade à laquelle on avait fait à huit jours d'intervalle, dans une clinique, cinq injections sous-cutanées, dont la dose avait été de un centimètre cube pour les deux premières et de un demi-centimètre cube pour les deux dernières; elle succomba malgré tous les soins. — Dans celui de Kaposi (1), il s'agissait d'une femme chez laquelle on avait fait des injections représentant deux centimètres cubes de mercure pour sept semaines; elle succomba.

Tout récemment, le docteur Lasserre, de Bagnères-de-Bigorre (2), publiait une statistique sur les accidents et les cas de mort ayant résulté des injections mercurielles: 110 accidents graves et 70 accidents mortels, parmi lesquels l'huile grise figure pour 23 cas. Mais pour le docteur Lasserre, souvent une faute thérapeutique est certaine: tantôt la dose habituelle de mercure fut dépassée; tantôt le traitement intensif était manifestement

(1) Archiv. sur dem. 4888 in th. Eudlitz 1903.

(2) Annales de dermatologie et de syphiligraphie 1908.

contre-indiqué, (début de stomatite, d'entérite ou symptômes d'intolérance dus à une médication antérieure, mauvais état de la dentition, malades débilités ou tuberculeux); tantôt enfin, des quantités énormes de mercure (une seringue entière d'huile grise) furent injectées par erreur. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que cette proportion d'accidents, très forte en apparence a été observée sur un nombre de malades et d'injections qui se chiffre par centaines de mille.

Pour Joffroy et Mignot (1), l'administration des préparations hydrargyriques ne ferait que précipiter la marche de la méningo-encéphalite. C'est une pratique dangereuse, dont la suppression suffit pour faire disparaître, dans bien des cas, les accidents qui avaient nécessité l'internement.

Chez 10 paralytiques généraux, soumis à des injections intraveineuses de cyanure de mercure, ils durent bien vite interrompre le traitement, en raison du retentissement des plus fâcheux, qu'il avait à la fois sur l'état général des malades et sur leur état mental.

Pour eux, l'influence néfaste de la médication est telle que, lorsque chez les paralytiques généraux il existe des accidents tertiaires, il est souvent préférable de laisser évoluer les gommès plutôt que de les traiter, car le mercure guérira la gomme, mais précipitera les accidents paralytiques.

Dupré, donnant son impression sur le traitement mercuriel de la paralysie générale dit: qu'il en a quelquefois

(1) Paralyse générale, encyclopédie scientifique, collection Toulouse 1910.

constaté l'innocuité, mais qu'il en a souvent observé les inconvénients et le danger; et il cite, à ce sujet, le cas de malades qui ont dû au traitement mercuriel, intensif et prolongé, l'aggravation temporaire de leur état. Beaucoup de paralytiques se montreraient d'ailleurs, d'après lui, intolérants pour le mercure.

Lannois, de Lyon, reconnaît que le mercure peut avoir, dans certains cas, une influence fâcheuse.

Régis, enfin, a constaté que chez certains de ses malades, le traitement, sans produire d'accidents graves, avait été suivi de fatigue manifeste.

Malgré ces attaques, parfois timides et justifiées, d'autres fois plus vives, l'huile grise conservait des partisans convaincus et de chauds défenseurs.

Balzer reconnaît que, depuis quelque temps, les cas de mort attribuables à l'huile grise se sont par trop multipliés; il faut en incriminer plutôt la dose employée — quelquefois 50 centigrammes en une seule fois — que l'huile grise elle-même. Il se sert d'huile grise depuis 25 ans, et il n'a jamais constaté un seul cas de stomatite grave.

MM. Mosny et Queyrat insistent sur les dangers d'une spécialité envoyée aux médecins, sous forme d'huile grise en ampoules de un centimètre cube, chaque ampoule contenant 40 centigr. de mercure métallique. Le médecin, qui reçoit ces ampoules, injecte sans y prendre garde cette dose énorme; il est clair, dans ces conditions, que les pires accidents sont à redouter.

Queyrat, revenant sur le même sujet, à la séance du 16 juillet 1909, se déclare partisan convaincu de l'huile

grise, qu'il considère, comme un médicament de choix, et il rappelle qu'aux seules consultations payantes de Cochin, on a fait, l'an dernier, 12.300 injections. Il ajoute que tous les accidents imputés à l'huile grise ne lui sont pas dus, et il n'en veut pour preuve que le dernier cas rapporté par le professeur Gaucher, dans lequel on avait fait suivre les injections d'huile grise de 4 injections de cacodylate de mercure, qui est une préparation dangereuse. Pour lui, il faut employer l'huile grise à dose convenable et sous une forme convenable.

Lævy-Bing, auquel nous avons fait déjà quelques emprunts, déclare que sur un nombre considérable d'injections d'huile grise — 1.500 en deux ans — il n'a jamais eu d'accidents.

Kérambrun (1) estime que, chez nombre de malades, on peut employer des doses massives avec avantage, et que le traitement est d'une parfaite innocuité, à la condition d'être bien appliqué. Il pense avec Leredde, que les accidents d'intoxication, parfois mortels, ont été injustement mis sur le compte de cette méthode, et que ces accidents peuvent être évités non seulement avec les doses utilisées jusqu'à ce jour, mais même avec des doses plus fortes, employées chez certains malades et dans certaines conditions.

Eudlitz, Leredde et nombre de dermatologistes affirment que ces accidents sont dus à une surveillance insuffisante des malades, et que pratiquement ils peuvent être évités.

(1) *Traité intensif de la syph. par les injections d'huile grise* Th. Paris 1903.

Pour Ballet et de Fursac, les composés mercuriaux, employés même à hautes doses, se montrent inoffensifs, quand le traitement est bien surveillé; et, en fait de traitement spécifique, ils préfèrent les injections d'huile grise.

Brissaud reconnaît aussi l'innocuité du traitement intensif.

Pour Fournier, les injections d'huile grise sont peu douloureuses, réagissent rarement sur la bouche et presque jamais sur l'intestin; les « nodi » sont rares; elles ne provoquent que très exceptionnellement un mouvement fébrile, une albuminurie très légère et passagère. Il cite, comme témoignage, les résultats obtenus par Edmond Fournier qui, sur 6.446 injections, n'a eu que 17 accidents ou menaces d'accidents.

Enfin, tous les membres de *la Société de dermato-syphiligraphie* (février 1907) sont venus témoigner de la rareté et de la bénignité des accidents que l'huile grise est susceptible de développer.

Nous ne sommes pas autorisé, personnellement, à critiquer ici l'opinion de ces nombreux cliniciens sur les dangers ou l'innocuité du traitement mercuriel intensif par l'huile grise, dans la paralysie générale. Nous nous contenterons de dire que chez les paralytiques généraux, soumis par nous à ce traitement, en les visitant chaque jour, ce qui nous permettait d'apprécier et de surveiller avec soin la susceptibilité individuelle et la tolérance de chacun, nous avons remarqué que peu d'entre eux se montrent intolérants pour le mercure et peu ont des accidents. A l'appui de l'innocuité des injections d'huile grise, nous ajouterons que, même dans certains cas où

la dose injectée aurait pu faire craindre des accidents toxiques, nous n'avons jamais enregistré ni stomatite, ni entéro-colite, ni néphrite, en un mot aucun phénomène d'intoxication grave.

Mais, si nous restons convaincus qu'on peut employer des doses assez fortes, à condition de s'entourer de toutes les précautions voulues, — parfait état de la bouche, du tube digestif, perméabilité rénale, recherche de l'albumine, etc., — si nous croyons à l'innocuité du traitement dans l'immense majorité des cas, nous reconnaissons sans peine que parfois ce traitement peut être dangereux. Il faut y renoncer, en effet, chez les malades cachectiques, soit parce que chez eux les échanges sont ralentis et l'élimination par suite moins active, soit parce que leur bouche est difficilement maintenue en bon état, et qu'en résumé, ils ne pourraient bénéficier du traitement sans les plus expresses réserves. En face d'accidents rares mais possibles, tels que fièvre, amaigrissement, ou accidents quelconques d'intoxication — stomatite, troubles gastriques, albuminurie — il faut cesser le traitement capable de donner de mauvais résultats.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA SYPHILIS DOIVENT ÊTRE, AVEC L'HY- GIÈNE THÉRAPEUTIQUE, LE PREMIER TRAI- TEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Cette étude rapide du traitement mercuriel intensif de la paralysie générale nous a permis d'arriver à cette conclusion pratique, que le mercure, comme tous les remèdes employés jusqu'à ce jour dans la médication de cette grave affection, n'a jamais exercé un effet curatif. Comme nous l'avons déjà dit, la méthode des injections mercurielles reste sans effet sur les dégénérescences, souvent initiales ou très précoces, ainsi que sur les lésions scléreuses consécutives.

Nous nous sommes donc demandé, profondément convaincu du rôle prépondérant que joue la syphilis dans la genèse de la paralysie générale, et en face du nombre de plus en plus considérable des paralytiques généraux, s'il n'y avait pas lieu de chercher à atténuer les conséquences

•

désastreuses de la syphilis par une méthode de traitement préventif.

La prophylaxie de la syphilis est certainement la meilleure arme qu'on possède contre la paralysie générale. En diminuant la fréquence de la syphilis, on diminuera du même coup la fréquence de la paralysie générale.

Il semble également bien établi aujourd'hui, par les observations les plus nombreuses, que la paralysie générale frappe surtout les syphilitiques, dont l'infection est ancienne et s'est montrée bénigne dans ses manifestations du début.

Le laps de temps, qui s'écoule entre l'infection syphilitique et l'apparition des premiers symptômes de paralysie générale, est variable suivant les auteurs. Pour les uns, il serait très court; pour les autres, très long; mais, en général, la maladie est surtout à redouter de cinq à vingt ans après l'infection.

On a une tendance à croire de nos jours que la paralysie générale est plus précoce qu'autrefois, et qu'elle se produit fréquemment, trois, quatre, cinq ans après le chancre. Tout récemment, Marchand et Petit de Charenton (1) communiquaient une observation de paralysie générale précoce ayant débuté deux ans après l'accident primitif syphilitique. Ces cas de paralysie générale, survenant aussi rapidement après l'accident primitif, sont cependant très rares.

A cette même séance, Roubinovitch dit que dans son service de Bicêtre, il a pu établir dans dix-huit cas le laps

(1) Soc. Psychiat, 16 déc. 1909.

de temps qui sépare la contamination du début de la paralysie générale; et il en conclue que l'incubation syphilitique paralytique ne tend pas à devenir plus courte, et que la durée de cette incubation reste généralement dans les limites habituelles.

Pour Gilbert Ballet, le fait, communiqué par Marchand, est exceptionnel; il n'a jamais eu l'occasion de voir de cas analogues. Dans ses observations, l'intervalle le plus court entre l'accident primitif et le début de la paralysie générale a été de six ans.

Chez presque tous nos malades à Vanves, la syphilis datait de huit, dix, douze, quinze ans, lorsque sont apparus les premiers indices de la méningo-encéphalite paralytique. Ce qui confirme bien l'opinion restée classique de Fournier, pour lequel la paralysie générale n'est jamais une manifestation de la syphilis jeune, ni de la syphilis âgée.

L'étude de nos observations nous a enfin démontré que la paralysie générale était survenue chez des syphilitiques, dont l'affection avait été traitée d'une manière insuffisante, soit parce qu'elle paraissait bénigne, soit par ignorance et le plus souvent par négligence des sujets. Cela ne veut pas dire que la paralysie générale ne se déclare pas, chez des malades qui avaient admirablement soigné leur syphilis, (observ. XVI), mais d'après nos recherches, c'est l'exception.

En face de ces constatations, nous nous rallions à cette opinion émise par Fournier dans une séance de l'Académie de Médecine en 1905, que la meilleure sauvegarde d'un sujet syphilitique contre la paralysie gé-

nérale réside dans un traitement mercuriel méthodiquement institué et très longuement poursuivi. Des différents modes d'application de ce traitement, celui qui est dit traitement mercuriel chronique à termes tardifs semble offrir le plus de garanties préventives et se recommander au choix du praticien; il serait pour Fournier d'une efficacité préventive presque absolue contre le développement de la paralysie générale. « Il est des cas en effet, dit Fournier, qui font échec à toute puissance habituelle du traitement spécifique, et parmi eux figurent les accidents parasyphilitiques dont le propre est de ne pas obéir au mercure, comme le font les accidents syphilitiques proprement dits. Ils se rencontrent avec une certaine fréquence, bien qu'un traitement suffisant n'en laisse guère subsister plus de cinq pour cent sur la somme totale des cas de syphilis ».

Le traitement mercuriel offre ainsi une sauvegarde, une garantie préventive sinon complète, du moins relative et vraiment rassurante, contre la paralysie générale et le tabès, car sur cent cas de paralysie générale ou de tabès, observés sur des syphilitiques, la statistique en accuse 95, s'étant produits à la suite de syphilis insuffisamment traitées, et 5 ayant succédé à une médication sérieuse. Ce faible quotient pourra même s'abaisser peut-être, du fait d'un traitement meilleur, d'un traitement ou plus intensif, ou plus long, ou mieux combiné. Il ne faut donc plus attendre de tels accidents pour les combattre, puisque nous ne savons pas les guérir, mais il faut les prévenir.

En plus de l'administration du mercure et de l'iodure de potassium, le traitement de la syphilis comporte aussi cer-

taines règles prophylactiques, qui peuvent rendre les plus grands services. Le système nerveux est en effet le plus éprouvé par la syphilis, et c'est lui qui paie à la parasymphilis le plus lourd tribut. Il existe, comme on l'a dit avec raison « des candidats à la paralysie générale » à savoir les prédisposés héréditaires et les prédisposés par tare acquise. Ce nervosisme, héréditaire ou acquis, est certainement une des causes qui dirige la syphilis vers les centres nerveux. A ces malades prédestinés à ces graves atteintes, on prescrira une hygiène spéciale: point de surmenage intellectuel ou physique, mais une vie calme et régulière, en ne négligeant pas les calmants, les sédatifs de tout genre, et les régulateurs des fonctions nerveuses. L'hydrothérapie notamment formera une association heureuse avec le traitement mercuriel intensif.

Enfin, il ne faut pas négliger, dans le cas où l'on supposerait une invasion de la syphilis sur le cerveau, de nature à faire craindre la paralysie générale, d'avoir recours à la ponction lombaire. Cette intervention, sans grand danger, suivie de l'examen du liquide céphalo-rachidien, pourrait fournir des renseignements d'une grande valeur pour apprécier l'invasion du système nerveux par la syphilis.

C'est dans ces cas, où l'on peut redouter les graves affections tardives des centres nerveux, dites parasymphilitiques, qu'il conviendra de généraliser la cure de la syphilis et surtout de tenter de la rendre efficace, en l'améliorant suivant les préceptes indiqués par Fournier, c'est-à-dire la pratique de cures mercurielles multiples et tardives, car il est bien rare que ces redoutables complications de la

syphilis se produisent au lendemain d'une cure mercurielle activée et prolongée, succédant elle-même à d'autres cures semblables. Il ne sera certainement pas inutile de faire quelques-unes de ces cures, dites complémentaires, jusqu'à la dixième année, époque moyenne des pires accidents de la maladie; on verra peut-être ainsi diminuer le nombre des candidats à la paralysie générale.

Enfin, il n'est pas défendu d'espérer, depuis la découverte du parasite de la syphilis, *le tréponème pâle* de Shaudinn et Hoffmann, qu'on découvrira dans un avenir plus ou moins éloigné, une sérothérapie rationnelle, capable, suivant l'heureuse expression de Fournier, de juguler la méningo-encéphalite, et de résoudre dans le même moment les lésions ordinaires de la syphilis. Nous ne pouvons que le souhaiter fermement.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Les dix-sept observations de malades que nous publions, nous les devons à l'obligeance des docteurs Arnaud et Vignaud. Certaines ont déjà figuré dans la thèse du docteur Verdeaux (1) et nous en avons recueilli nous-même quelques-unes. Nous avons de plus suivi la plupart des malades, qui font l'objet de ces observations, pendant notre internat à la maison de santé de Vanves.

L'histoire de tous peut se ramener à trois étapes essentielles: *syphilis, paralysie générale, innocuité mais inefficacité du traitement*. Cela nous décide à limiter le nombre et l'étendue de nos observations.

OBSERVATION I. (Arnaud et Vignaud).

M. Charles P..., 33 ans, rentier, entre à la maison de santé de Vanves, le 25 août 1899.

Antécédents personnels: syphilis certaine. — Plusieurs ictus avant son entrée.

Diagnostic: Paralysie générale à forme dépressive.

(1) Contribution à l'étude du traitement mercuriel intensif dans la paralysie générale Thèse, Paris, 1909.

— Idées hypochondriaques et craintes d'empoisonnement.

— *Signes somatiques*: Embarras de la parole, inégalité pupillaire, tremblement de la langue et des membres, réflexes rotuliens exagérés.

Traitement. — Mars, avril, juin, septembre 1901: injections de biiodure de mercure. — Février, avril, septembre 1902: injections de biiodure de mercure.

Octobre, novembre 1902; janvier, février, avril, mai, août, septembre 1903: injections d'huile grise.

Pendant toute la durée du traitement, la démence est toujours profonde, avec crises d'excitation intermittentes. Etat physique se maintient excellent. Parole inintelligible.

— Pas de phénomène d'hydrargyrisme. —

Cet état, tant au point de vue mental que physique, est resté stationnaire pendant plusieurs années, et M. Charles meurt par ictus, le 14 avril 1908.

OBSERVATION II (Arnaud et Vignaud).

M. M. . ., 32 ans, médecin, entre à la maison de santé de Vanves, le 12 juin 1900.

Antécédents personnels: syphilis à 19 ans. — Plus de traitement après la période secondaire.

Au début de 1900, accès subit d'agitation violente, avec anémie consécutive; puis amélioration; peut reprendre l'exercice de sa profession.

Diagnostic: Paralyse générale expansive. — Idées de grandeur multiples et absurdes. Inconscience complète de sa situation.

Signes somatiques: hésitation de la parole, inégalité pupillaire, tremblement de la langue, abolition des réflexes rotuliens.

En septembre 1900: disparition de l'agitation et des idées de grandeur, mais persistance de l'affaiblissement intellectuel et optimisme morbide. Cet état de calme dure 2 mois.

En décembre 1900: crises intermittentes d'agitation, avec retour des idées de grandeur, alternant avec des périodes de calme relatif, qui se prolongent jusqu'en mars 1901. A cette époque, la démence paralytique fait de rapides progrès et aux idées de grandeur succède un délire hypochondriaque, avec idées de négation, de micromanie, etc.

Traitement. — Juillet, septembre, octobre 1901, injections de biiodure de mercure. — Janvier, février 1902, nouvelle série d'injections de biiodure.

— Juillet, août, septembre, octobre 1902: injections d'huile grise.

Durant toute la période du traitement, pas de modification de l'état mental.

— Pas d'hydrargyrisme. —

Le malade quitte la maison de santé le 16 décembre 1902, dans un état de démence paralytique avancée, avec impotence complète, pour rentrer dans sa famille, où on continue le traitement mercuriel.

Meurt en Janvier 1903, par suite d'ictus.

OBSERVATION III (Arnaud et Vignaud).

M. G., 49 ans, industriel, entre à la maison de santé de Vanves, le 5 avril 1901.

Antécédents personnels: syphilis certaine.

Diagnostic: Paralyse générale à double forme.

— Dépression physique et morale, avec préoccupations hypochondriaques. — Inertie. — Léger affaiblissement intellectuel.

Signes somatiques: Accrocs de la parole, tremblement de la langue, inégalité pupillaire.

Traitement. — Avril, mai 1901: injections de biiodure de mercure.

Amélioré au point de vue physique surtout, M. G., quitte la maison de santé dans les premiers jours de juin, conservant un état d'affaiblissement des facultés, avec dépression morale.

De juin 1901 en mars 1902, il s'occupe utilement de ses affaires et continue à suivre le traitement mercuriel, commencé à la maison de santé.

Le 7 mars 1902, étant en voyage d'affaires, il est arrêté pour scandale sur la voie publique. Il entre de nouveau à la Maison de Santé, dans un état de paralysie expansive, avec idées de grandeur très développées. Crises d'excitation avec actes et propos incohérents.

Traitement. — Juin, juillet, août, octobre, novembre et décembre, 1902; injections d'huile grise. — Janvier, mars, avril, août 1903; injections d'huile grise.

Pendant toute la durée du traitement, l'affaiblissement des facultés est progressif. Alternatives d'excitation violente et de calme relatif. Etat physique excellent.

— Aucun symptôme d'hydrargyrisme.

Cet état de démence, avec état physique satisfaisant, se prolonge jusqu'à la mort du malade, survenue le 11 mars 1904, par suite de congestion cérébrale.

OBSERVATION IV (Arnaud et Vignaud)

M. Eugène H., 30 ans, commerçant, entré à la Maison de santé de Vanves, le 18 juin 1901.

Antécédents personnels: syphilis certaine il y a dix ans environ. Traitement mercuriel au début seulement et pendant quelques mois.

Diagnostic: Paralysie générale expansive.

— Idées de richesse et de grandeur, projets multiples et absurdes, loquacité incohérente, avec lacunes de la mémoire.

Signes somatiques: léger embarras de la parole, tremblement fibrillaire, abolition des réflexes rotuliens.

Traitement. — Juillet, septembre, octobre 1901: série d'injections de biiodure de mercure.

Février, mars 1902: traitement biioduré.

Juin, juillet 1902: traitement par l'huile grise, à la dose de 4 divisions de la seringue de Luër, par injection.

Nulle modification de l'état mental; en juin, quelques vertiges. Amaigrissement rapide.

— Pas le moindre accident d'hydrargyrisme.

M. Eugène quitte la Maison de santé, le 24 juillet 1902, très affaibli intellectuellement et physiquement, pour être transféré dans un asile, où il meurt le 8 novembre 1902, par suite d'ictus.

OBSERVATION V (Arnaud et Vignaud)

M. D., 43 ans, limonadier, entre à la Maison de santé de Vanves, le 14 avril 1902.

Diagnostic: paralysie générale, confirmée par un ensemble complet de *signes psychiques et somatiques* (idées de grandeur multiples et absurdes. Phases de violente agitation etc.)

Traitement. — Avril, mai 1902: 30 injections de biiodure de mercure. — Juillet, août, septembre, octobre 1902: 15 injections d'huile grise.

— Pas d'hydrargyrisme.

Le malade quitte la Maison de santé, le 11 octobre 1902, en état de démence paralytique pour être transféré à Charenton, où il meurt le 24 avril 1904, sans y avoir subi aucun traitement mercuriel, ayant été très agité pendant tout le temps de son séjour.

OBSERVATION VI (Arnaud et Vignaud).

M. Léon S., 33 ans, industriel, entré à la Maison de santé de Vanves, le 2 décembre 1902.

Antécédents personnels: Coxalgie ancienne. Syphilis remontant à 9 ou 10 ans. Deux ictus récents.

Diagnostic: Paralysie générale à forme dépressive. — affai-

blissement intellectuel avec idées mélancoliques et de persécution. — Etat physique peu satisfaisant.

Signes somatiques: Complets.

Traitement. — Injections d'huile grise, que l'on doit cesser après la sixième à cause d'*accidents d'hydrargyrisme subaigu* et d'un amaigrissement rapide.

Le malade meurt le 16 octobre 1902 par congestion cérébrale.

OBSERVATION VII (Arnaud et Vignaud).

M. Jean T., 52 ans, docteur en médecine, entre à la Maison de santé de Vanves, le 8 octobre 1902.

Antécédents personnels: syphilis certaine, remontant à 7 ans.

Diagnostic: Paralyse générale expansive à début rapide. (M. Jean exerçait trois semaines avant son entrée).

— Agitation maniaque violente avec idées de grandeur et de négation absurdes.

Signes somatiques: Complets.

Deux ponctions lombaires, pratiquées en octobre et novembre, permettent de constater une lymphocytose abondante.

Traitement. — Injections d'huile grise que l'on doit interrompre par suite d'une albuminurie légère.

Le malade ne s'améliore pas, l'incohérence est de plus en plus marquée et l'amaigrissement rapide. Il meurt le 7 décembre 1902.

OBSERVATION VIII (Arnaud et Vignaud).

M. Jules B., 41 ans, entrepreneur de travaux publics, entré à la Maison de santé de Vanves, le 15 mars 1903.

Antécédents personnels: Paralyse générale à double forme.

— Alternatives d'excitation avec idées de grandeur, inconscience de son état et phases de dépression avec idées hypochondriaques de négation.

Signes somatiques: complets.

Traitement. — Injections d'huile grise pendant les mois d'avril, mai, juillet, août, sans le moindre *accident d'hydrargyrisme*.

En août, l'excitation augmente et le malade meurt le 28 septembre 1903 par suite d'ictus épileptiforme.

OBSERVATION IX (Verdeaux).

M. Adrien D., 39 ans, juriconsulte, entré à la Maison de santé de Vanves, le 7 avril 1903.

Antécédents personnels: syphilis certaine. Modification du caractère, depuis 2 ans environ. Idées de grandeur depuis quelques semaines. La veille de son entrée travaillait encore utilement à un article juridique important.

Diagnostic: Paralyse générale expansive.

— Agitation maniaque violente avec idées de grandeur multiples et absurdes.

Signes somatiques: quelques accroc dans la parole, inégalité pupillaire.

Traitement. — Injections d'huile grise en avril, mai, juillet, août, octobre, novembre 1903, février, mars 1904.

— A partir de mai 1904, la démence est complète, la parole devient inintelligible. Il se dit Jeanne d'Arc, Napoléon, Dieu; il est riche à milliards etc., santé physique satisfaisante.

— Pas d'accidents d'intoxication.

Le malade meurt le 6 novembre 1904, par congestion cérébrale.

OBSERVATION X (personnelle).

M. Alfred L., 47 ans, commerçant, entré à la Maison de santé de Vanves le 8 juin 1904.

Antécédents personnels: syphilis certaine.

Diagnostic: Paralyse générale expansive.

— Grande émotivité, excitation intermittente et idées de satisfaction.

Signes somatiques: complets.

Traitement. — Avant l'entrée, le malade avait déjà suivi dans sa famille un traitement par injections mercurielles.

Juillet, août 1904, série d'injections d'huile grise, sans le moindre accident d'hydrargyrisme.

Une légère amélioration se produit et sa famille se disposait à faire une tentative de sortie, lorsque le malade meurt subitement le 17 août 1904 par suite d'ictus congestif.

OBSERVATION XI (personnelle).

M. Salomon F., 36 ans, industriel, entré à la Maison de santé de Vanves, le 23 mars 1904.

Antécédents personnels: Syphilis probable.

Diagnostic: Paralyse générale à forme dépressive.

— Idées de grandeur. Idées hypochondriaques de négation absurdes.

Signes somatiques très nets.

Traitement. — Le malade étant très affaibli physiquement, nous jugeons prudent de le laisser au repos, pendant un mois, avant de commencer tout traitement mercuriel.

Mai, juin 1904, série d'injections d'huile grise que nous devons interrompre en face de — symptômes légers, mais évidents d'intoxication: commencement de stomatite, troubles gastro-intestinaux et état général de plus en plus précaire.

En octobre 1904, nouvelle tentative de traitement à laquelle nous renonçons bien vite à cause de la reproduction des mêmes accidents.

En décembre 1904, rémission incomplète de faible durée, à laquelle succède un état de grande agitation avec démence de plus en plus caractérisée et affaiblissement physique progressif.

Le malade meurt le 25 octobre 1905 par suite d'ictus.

OBSERVATION XII (Vignaud et Angeli).

M. Edmond F., 35 ans, négociait, entre à la Maison de santé de Vanves le 3 avril 1905.

Antécédents personnels: syphilis certaine. Hémiplégie droite.

Diagnostic: Paralyse générale dépressive.

— Etat mélancolique, demi-stupeur, refus des aliments, tentatives au suicide, idées confuses de persécution.

Traitement. — 10 avril 1905: traitement par l'huile grise. Deux séries de 4 injections chacune, de 0,10 centigr., de mercure. par injection.

— Pas d'accidents d'hydrargyrisme. —

M. Edmond quitte la Maison de Santé le 31 mai 1905 en état de rémission incomplète.

En août 1905, nouvel internement à la suite d'une crise d'excitation, avec des idées de grandeur absurdes.

Il meurt le 11 janvier 1908.

OBSERVATION XIII (Arnaud et Vignaud).

M. Émile C., 37 ans, entre à la Maison de santé de Vanves, le 8 avril 1908.

Antécédents personnels: Syphilis certaine en 1893.

Diagnostic: Paralyse générale expansive avec idées de grandeur de richesse absurdes. Excitation désordonnée et amnésie profonde.

Signes somatiques complets.

Pendant 15 jours environ, troubles du sphincter vésical nécessitant le cathétérisme. Ni sucre, ni albumine.

Traitement. — Juin, juillet, août 1908 injections de biiodure de mercure.

— Pas le moindre accident d'intoxication.

Le malade quitte la Maison de santé le 14 août 1908, dans un

état physique satisfaisant, avec un affaiblissement intellectuel notable.

Nous avons perdu de vue ce malade, mais nous savons toutefois que le traitement mercuriel a été continué à domicile sans efficacité et sans inconvénients.

OBSERVATION XIV (Arnaud et Vignaud).

M. M., 45 ans, négociant, entré à la Maison de santé de Vanves, le 6 août 1908.

Antécédents personnels: Hérédo-syphilis et syphilis acquise, d'après le Professeur Fournier qui a vu ce malade en consultation. — Deux ictus avant son entrée, dont l'un très grave avec hémiplégie.

Diagnostic: Démence paralytique avec crises assez fréquentes d'excitation, idées et propos incohérents. Négativisme et alimentation difficile.

Signes somatiques certains.

Traitement. — M. M., a suivi un traitement spécifique, pendant plusieurs mois, avant son entrée à la Maison de santé.

En septembre 1908, traitement biioduré continué avec des intervalles de repos jusqu'en janvier 1909.

À cette époque eut lieu une consultation des professeurs Ballet, Joffroy et Fournier, et ce dernier conseilla le traitement mercuriel biioduré; ce traitement fut donc exécuté en janvier, février et mars 1909.

Pendant toute la durée de ces traitements, l'état mental ne s'est nullement modifié. — Il n'y eut aucun accident d'intoxication, bien qu'il fût impossible de faire prendre au malade ou de lui donner les soins les plus élémentaires d'hygiène de la bouche et des dents, qui étaient en très mauvais état.

Le malade meurt de congestion pulmonaire le 15 avril 1909.

OBSERVATION XV (Arnaud et Vignaud).

M. G., âgé de 36 ans, entre à la Maison de santé, le 6 septembre 1909.

Antécédents personnels: syphilis certaine remontant à 7 ans, dont le traitement fut insuffisant.

Diagnostic. — Paralyse générale, avec excitation incohérente, amnésie, inconscience de sa situation.

Signes somatiques complets.

Traitement. — Septembre, octobre, novembre 1909 série d'injections de biiodure, interrompues à la suite de plusieurs ictus avec crises épileptiformes subintrantes.

Décembre 1909 et janvier 1910, reprise des injections de biiodure.

Malgré des troubles intermittents du sphincter vésical, une alimentation défectueuse et un mauvais état de la bouche et des dents, ce malade n'a jamais présenté *d'accidents d'intoxication*, mais le traitement s'est montré jusqu'à présent complètement inefficace.

OBSERVATION XVI (Vignaud et Angeli).

M. Georges B., 45 ans, entré à la Maison de santé le 28 novembre 1909.

Antécédents personnels: syphilis il y a 12 ans.

Diagnostic: Paralyse générale à forme dépressive. — Léger affaiblissement intellectuel avec idées confuses de persécution et *signes somatiques évidents*.

Traitement. — M. Georges a suivi rigoureusement, immédiatement après l'accident initial, et cela pendant 4 ans, le traitement mixte prescrit suivant la méthode de Fournier.

En 1905 et 1906, série d'injections de benzoate de mercure.

En 1907, 1908 et 1909 séries d'injections d'huile grise.

— Pas d'accidents d'hydrargyrisme — malgré le mauvais état de la bouche et des dents.

A noter cependant en 1909, au mois de septembre, un abcès de la région fessière consécutif à une injection d'huile grise. Celle-ci, avait été faite en manœuvres, sans l'asepsie nécessaire.

Cette observation est intéressante et nous prouve hélas! que le traitement mercuriel tardif, prolongé etc... n'empêche pas toujours l'éclosion de la paralysie générale.

Le malade a quitté la Maison de santé le 17 janvier 1910 dans un état de grande amélioration.

OBSERVATION XVII (Arnaud et Vignaud).

M. Gustave., 38 ans, entré à la Maison de santé de Vanves le 2 janvier 1910.

Antécédent personnels: Syphilis certaine, remontant à 15 ans environ. Pendant les premières années, traitement incomplet.

Diagnostic: Paralysie générale à forme dépressive, avec idées hypochondriaques absurdes, affaiblissement intellectuel manifeste (lacunes de la mémoire et inconscience de la situation réelle, etc.). *Signes somatiques* complets.

Traitement: Mercuriel mixte: injections de biiodure de mercure et administration d'iodure de potassium, pendant les mois de novembre et décembre 1908, janvier, février, mars, avril, mai 1909, sous la surveillance du professeur Grasset.

— Pas le moindre accident d'hydrargyrisme, — mais la maladie évolue d'une manière progressive.

CONCLUSIONS

1° Le rôle prépondérant, sinon exclusif de la syphilis, dans la genèse de la paralysie générale, rôle reconnu de nos jours par la majorité des cliniciens, leur imposait le devoir de tenter le traitement antisypilitique intensif.

2° Contrairement aux résultats encourageants, publiés par de nombreux cliniciens, le traitement mercuriel s'est montré, chez nos paralytiques généraux, impuissant à atténuer l'évolution de la maladie. Nous n'avons pas obtenu un seul cas de guérison, pas même une amélioration durable, imputable au traitement. Il serait téméraire d'attribuer à l'action exclusive du mercure les arrêts, les rémissions-incomplètes que l'on voit survenir dans certains cas.

3° Dans la plupart des cas, où la dose injectée fut telle, qu'elle aurait pu faire craindre des accidents toxiques dangereux, surtout chez nos malades, dont la bouche était le plus souvent en mauvais état et dont les soins hygiéniques étaient particulièrement difficiles, tout s'est bien pas-

sé. Nous n'avons eu à enregistrer aucun accident grave.

4° Malgré les observations nombreuses, publiées depuis quelques années sur les accidents graves, produits par l'huile grise, nous restons convaincus qu'on peut employer des doses assez fortes, à la condition de s'assurer au préalable de l'état de la bouche, du tube digestif, de la perméabilité rénale, et de surveiller avec soin les malades soumis au traitement.

Mais nous devons reconnaître qu'un traitement trop actif peut être dangereux et doit être évité chez des malades cachectiques, exposés à des auto-infections gastro-intestinales, vésicales, etc.

5° Puisque l'application de la médication spécifique se montre inefficace, chez les malades atteints de paralysie générale, nous devons donc désormais, par un traitement préventif de la syphilis, chercher à empêcher le développement de cette affection. La méthode des cures mercurielles multiples, tardives, dites complémentaires, de Fournier, jointe à une thérapeutique hygiénique, pourrait être prescrite à tous les sujets syphilitiques, que leurs prédispositions héréditaires ou leurs tendances personnelles font considérer comme des candidats à la paralysie générale.

Vu : Le Président de Thèse :

RAYMOND.

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARNAUD. — Société médico-psychologique, 1893.
— Diagnostic de la paralysie générale. Congrès de Toulouse, 1897.
— Bulletin médical, sur la paralysie générale, 12 juin 1898.
- AUBERT. — La paralysie générale, affection syphilitique vraie, Thèse, Lyon, 1902.
- BABINSKI. — Société de Neurologie, 15 mai 1902.
- BAILLARGER. — Annales médico-psychologiques, 1859, p. 509.
- BALLET ET DE FURSAC. — In article « Paralysie générale » du traité de médecine de Bouchard et Brissaud.
- BALZER. — Thérapeutique des maladies vénériennes, Paris 1897.
- BARTHÉLÉMY. — Nouvelle note sur la pratique des injections d'huile grise. Ann. de dermat. et de syphil. 1898-246.
— Traitement de la syphilis par les injections d'huile grise. Journal de méd. et de chirurgie pratiques, 10 sept. 1901.
- BRISSAUD. — Société de neurologie, mars 1902.
- CALMEIL. — De la paralysie générale considérée chez les aliénés, 1826.
- CASSET. — Congrès de Toulouse, 1902.
- CHARCOT. — In leçons de la Salpêtrière.
- CHRISTIAN ET RITTI. — Dictionnaire encyclopédique.
- DAGONET. — Traité des maladies mentales.
- DÉJERINE. — Traité de Médecine, 1902.

- DEVAY. — Paralyse générale et syphilis en apparence bénigne.
Echo médical de Lyon, 15 février 1902.
— Sur le traitement de la P.-G. et du tabès. In archives de neurologie, octobre 1902.
— Traitement de la P. G. Archives de neurologie, 1902.
— Les rémissions thérapeutiques de la P. G. Lyon Médical, 15 et 22 février 1903.
- DOUTREBENTE, ET MARCHAND. — Société médico-psychologique, 31 octobre 1904.
- DUPRÉ. — Paralyse générale progressive. Traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet, Paris, 1903.
- EUDLITZ. — Thèse, Paris, 1903.
- FOURNIER. — Syphilis cérébrale, Paris 1879.
— Traitement de la syphilis, Paris 1909.
- GAUCHER. — Société médicale des Hôpitaux, 27 mars 1908 et 8 juin 1909.
- HALLOPEAU. — Valeur des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis. Ann. de dermat. et de syph., 1896. 343.
- JESSEN ET ESMARCH. — Allg. Zeitschrift, für. Psych., 1857.
- JOFFROY ET MIGNOT. — In art. paralysie générale, encyclopédie scientifique. Collection Toulouse, Paris, 1910.
- JULLIEN. — A propos des injections mercurielles. Dax, 1903.
- KAPOSI. — Die Therapie der Syphilis, 1895.
- KERAMBRUN. — Thèse, Paris, 1903.
- KRAFFT-EBING. — Traité de psychiatrie.
- KRÄPELIN. — Psychiatrie ein Lehrbuch, Leipzig, 1899.
- LAFAY. — La question des injections mercurielles. Bull. Gén. de thérap. 1902, 182.
- LANG. — In art. du Centrabl. f. d. Gess. Therap., 1892. 1.
- LANNOIS. — Congrès de Médecine de Paris. Oct. 1904.
- LASSERRE. — Ann. de dermat. et de syph. 1908.
- LEMOINE. — Revue neurologique, 15 et 30 juillet 1902.
- LERREDDE. — Semaine médicale, 23 avril 1902. — Société de neurologie, 15 mai 1902. — La nature syphilitique et la curabilité du tabès et de la P. G., Paris 1903.

- LEVY-BING. — Thèse, Paris 1902.
- MAIRET. — In traité de thérapeutique de Robin. In article, traitement de la P. G., Paris 1898.
- MAIRET ET VIRES. — De la Paralyse générale, Paris 1898.
- MARCHAND ET PETIT. — Société de psychiâtrie, 16 décembre, 1909.
- MARCHAND. — Société médico-psychologique du 27 oct. 1902, et arch. de neurologie, mars 1903.
- RAYMOND ET LEREDDE. — Revue neurologique, 15 juillet 1902.
- MENDEL. — Annal. de dermat. et de syph. 1895, 208 et 562.
- MOREL-LAVALLÉE ET BELIÈRES. — Syphilis et P. G., Paris 1889.
- MOSNY ET QUEYRAT. — Société médicale des Hôpitaux, 16 juillet 1909.
- NEISSER. — Klin-Jahrbuch, 1892, 244.
- PANAS. — Traité des maladies des yeux, 1894.
- RAYMOND ET SÉRIEUX. — In article « Paralyse générale » du traité de médecine de Brouardel et Gilbert, Paris 1902.
- RÉGIS. — Gazette médicale, juin 1888.
— Précis de psychiâtrie, 1906.
- ROGUES DE FURSAC. — Manuel de psychiâtrie, Paris 1909.
- SARDAIN. — La durée de la P. G. Thèse, Paris 1903.
- SCARENZIO. — Ann. de dermat. et de syph., 1896, 317.
- STANZIALE. — Des rapports de la syphilis et de la P. G.
— In Gazette des Hôpitaux, 21 janvier, 1905.
- SPILLMANN ET PERRIN. — In art. Province médicale, 25 décembre 1909.
- THIBIERGE. — Ann. de dermat. et de syph., 1894, 942. — Ann. de dermat. et de syph., 1896, 162. — Presse médicale, février 1896.
- VERDEAUX. — In thèse, Paris, 1905.
- VERNET. — In Annales médico-psychologiques de juillet, août 1905.
- VIGNAUD. — Historique de la paralysie générale, thèse, Paris 1902,

TABLE DES MATIÈRES

	Pages :
Introduction	9
Etiologie syphilitique de la paralysie générale et historique du traitement mercuriel	11
Technique du traitement — Injections de sels solubles et insolubles	17
Inefficacité du traitement	27
Innocuité du traitement	38
Prophylaxie de la paralysie générale	48
Observations cliniques	54
Conclusions	67



